

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 juin 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Jevean et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourante,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI; 18 al. 1 LPA-VD

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1969, mariée, mère de trois enfants nés respectivement en 1988, 1992 et 1999, ressortissante de Serbie et Monténégro, entrée en Suisse en avril 1998, est actuellement au bénéfice d'un permis B.

Présentant une surdité bilatérale, l'assurée a déposé, le 24 mai 2006, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à la prise en charge par cette assurance d'un appareillage acoustique. Elle a indiqué que cette atteinte existait depuis plus de 10 ans.

Par décision du 28 février 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), a refusé la prise en charge d'un appareillage acoustique, au motif que la survenance de l'invalidité, soit la date à laquelle l'appareillage acoustique était objectivement indiqué pour la première fois, était antérieure à l'arrivée de l'assurée en Suisse; l'assurée ne pouvait dès lors justifier d'une année de cotisations ou de résidence en Suisse avant la survenance de l'invalidité. Cette décision est entrée en force.

B. Le 14 août 2007, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations AI pour adultes, sollicitant cette fois-ci l'octroi d'une rente. Concernant l'atteinte à la santé, elle indiquait "différents problèmes liés aux muscles, particulièrement du dos, la nuque et de l'épaule droite".

D'un questionnaire pour l'employeur complété le 28 août 2007, il ressort que l'assurée a travaillé du 20 février 2006 au 5 mars 2007 en tant que manutentionnaire auprès de X. _____ Sàrl sur mandat de l'agence D. _____ SA. Elle a à ce titre effectué des nettoyages. Le dernier jour de travail effectif a été le 7 novembre 2006. Elle a présenté une incapacité totale de travail dès le 8 novembre 2006. Pour un travail hebdomadaire de 22 heures, elle percevait un salaire horaire de 21 fr. 69

dès le 2 août 2006. L'horaire de travail normal était de 43 heures hebdomadaires.

Dans un rapport médical du 3 septembre 2007 adressé à l'OAI, les Drs V._____, chef de clinique adjoint, et C._____, médecin assistante, de la Polyclinique M._____, ont notamment posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches récurrentes avec status post cure de hernie discale L3-L4, existant depuis 2001; cervico-céphalalgies post-traumatiques, existant depuis 2002; état dépressif avec épisode sévère en septembre 2005, existant depuis 2002; trouble de stress post-traumatique; scapulalgies et brachialgies droites, existant depuis février 2006; cophose droite et surdité de perception gauche. Ils ont relevé que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et que plus aucune activité n'était exigible de sa part. Sous l'intitulé "anamnèse", les praticiens prénommés se sont exprimés en ces termes:

"Patiente kosovare, en Suisse depuis 1998, au bénéfice d'un permis F, s'exprimant difficilement en français, mère de 3 enfants. La patiente exerce une activité de femme de ménage dans le cadre de la Fareas mais est en incapacité de travail complète depuis le 04.09.2006 pour des raisons psychiatriques et rhumatologiques. Mme B._____ a été victime de violences durant la guerre au Kosovo. Des soldats lui ont frappé le ventre alors qu'elle était enceinte d'un enfant qu'elle a perdu peu après. C'est dans ce contexte qu'elle a développé un syndrome de stress post-traumatique qui s'est par la suite compliqué d'un état dépressif avec épisode aigu en septembre 2005. En 2001, la patiente est adressée en neurochirurgie pour des lombo-cruralgies D. Elle bénéficie d'une laminectomie L3-L4 pour le traitement d'une volumineuse hernie discale paramédiane dans le 2^{ème} espace mobile à partir du sacrum. L'évolution est dans un premier temps favorable avec par la suite une récurrence des lombalgies. En septembre 2002, alors qu'elle est passagère d'un véhicule arrêté et percuté par l'arrière, elle présente une entorse cervicale de degré I-II. L'évolution est par la suite marquée d'une symptomatologie douloureuse persistante. La répétition du bilan radiologique (radiologies fonctionnelles et CT-cérébral) n'a pas permis d'expliquer la persistance de ces douleurs. Elle est revue par un neurologue qui conclut à une symptomatologie typique d'entorse cervicale déclenchée par l'accident et pour laquelle l'importance des troubles actuels font certainement appel à des facteurs étrangers à l'accident. Il est probable que le contexte psychologique de la patiente a influencé de manière défavorable l'évolution de cette symptomatologie douloureuse. Dans ce contexte et en raison de l'état de stress post-traumatique, le diagnostic de troubles somatoformes persistants est évoqué. La patiente présente une péjoration de son état dépressif avec idées suicidaires en septembre 2005. Le traitement de Fluoxétine prescrit jusqu'alors est

modifié au bénéfice d'un traitement d'Effexor. Sous ce traitement, l'évolution est plutôt favorable. La patiente est depuis lors suivie régulièrement par une psychologue de l'Association E._____.

En février 2006, la patiente développe des douleurs au niveau de l'épaule D. Il n'y a pas de notion de traumatisme. Dans un premier temps une consultation rhumatologique est réalisée par le Dr T._____ dans le cadre d'une expertise médicale demandée par l'assurance G._____ [assurance-maladie perte de gain, réd.]. Le rhumatologue diagnostique une probable tendinite du sus-épineux du bras droit avec un conflit sous-acromial et suspecte une atteinte radiculaire au niveau de la 6^{ème} racine cervicale droite. Il propose des investigations. La patiente bénéficie d'une IRM qui met en évidence une hernie discale C3-C4 sans conflit discal ou radiculaire. Les radiographies standards de l'épaule accompagnées d'un US de l'épaule D met en évidence une rupture partielle du tendon du sus-épineux avec une bursite sous-acromiale. Elle est adressée à l'hôpital orthopédique pour un bilan orthopédique. Des radiographies réalisées là-bas ne montrent pas de signe indirect pour un conflit sous-acromial ni une tendinopathie de la coiffe. L'orthopédiste conclut à un diagnostic de cervico-brachialgies D et propose une prise en charge par AINS et physiothérapie. Il n'y a pas d'indication opératoire. Actuellement, les douleurs sont toujours persistantes et la reprise d'une activité professionnelle impossible. Nous avons adressé la patiente chez un rhumatologue (Hôpital N._____) pour la suite de la prise en charge thérapeutique".

Sur formule ad hoc non datée, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle souhaiterait travailler comme femme de ménage à un taux qu'elle ne précise pas.

Le dossier de l'assurance perte de gain en cas de maladie a été produit le 24 avril 2008. Y figure notamment un rapport médical du 16 décembre 2006, dans lequel le Dr S._____, de la Policlinique M._____, a diagnostiqué une périarthrite de l'épaule droite, un syndrome de stress post-traumatique ainsi qu'un état dépressif sévère.

Dans un avis médical du 9 décembre 2008, le Dr R._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, a préconisé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique et psychiatrique, au vu de la pathologie mixte, ostéoarticulaire et psychiatrique, présentée par l'assurée.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a eu lieu au SMR le 21 janvier 2009. Dans leur rapport dressé le 29 janvier 2009, les

Drs A._____, médecin-chef SMR-SR, F._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et O._____, ancienne chef de clinique adjointe en psychiatrie, ont posé les diagnostics suivants:

- avec répercussion sur la capacité de travail:
 - lombosciatalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L3-L4. M 54.4.
 - cervicobrachialgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C3-C4 et périarthrite scapulo-humérale droite. M 54.2, M 75.
- sans répercussion sur la capacité de travail:
 - aucun diagnostic sur le plan ostéoarticulaire.
 - difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie. Z 60.0.

Sous l'intitulé "appréciation du cas", les auteurs du rapport se sont exprimés en ces termes:

"Actuellement, l'assurée se plaint de lombosciatalgies G, de douleurs cervicales s'accompagnant de douleurs de l'épaule D et de douleurs du bras D irradiant jusqu'au coude. Ces douleurs ont un caractère essentiellement mécanique.

Au status actuel, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais l'on note la présence de signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées et d'une discordance entre la distance doigts-sol et la distance doigts-orteils sur le lit d'examen. La mobilité cervicale est également diminuée, mais là également, l'assurée développe une résistance volontaire à la flexion passive de la nuque.

La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part la mobilité active de l'épaule D qui est discrètement limitée. Par contre, la mobilité passive de l'épaule D est bien conservée. La distance pouce-C7 est cependant augmentée à D par rapport au côté G. On note par ailleurs une épreuve de Jobe douloureuse à l'épaule D, alors que les autres épreuves de périarthrite scapulo-humérale sont négatives. Il n'y a par ailleurs pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique.

Le status neurologique est par ailleurs sp. Il n'y a notamment pas de syndrome radiculaire au membre inférieur G, l'épreuve de Lasègue pouvant être conduite ddc à 80° et étant limitée à ce degré par un raccourcissement des muscles ischiojambiers et par des lombalgies.

Par ailleurs, on ne note que 6/18 points typiques de la fibromyalgie, ce qui ne nous permet pas de poser ce diagnostic.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C3-C4 qui ne s'accompagne pas de conflit disco-radulaire. Une échographie du 29.03.2007 aurait mis en évidence une rupture partielle du tendon du sus-épineux D avec importante bursite sous-acromio-deltaïdienne. Par contre, les radiographies des épaules sont normales.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité de nettoyeuse. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une jeune assurée, âgée actuellement de 39 ans, originaire du Kosovo, en Suisse depuis 1998, qui a fait une 1^{ère} demande AI le 24.05.2006 pour la prise en charge d'un appareillage acoustique par le biais de la FAREAS et en raison d'une surdité de perception présente depuis de nombreuses années. Par décision du 19.11.2007, la demande a été rejetée.

Le 14.08.2007, l'assurée fait une 2^{ème} demande AI pour des lombosciatalgies récurrentes sur un status après cure de hernie discale L3-L4 en 2002, des cervicobrachialgies D secondaires à un accident de la circulation en 2002 et un état dépressif avec épisode sévère retenu en 2005, associé à un syndrome de stress post-traumatique, diagnostics retenus par la Dresse C._____, médecin assistante à la Polyclinique M._____, dans son rapport médical du 09.03.2007.

Le status psychiatrique très sommaire ne montre pas de symptômes cliniques en faveur d'un état de stress post-traumatique ni d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Selon le médecin traitant, l'assurée aurait développé un syndrome de stress post-traumatique qui s'est par la suite compliqué d'un état dépressif avec épisode aigu en septembre 2005.

Cependant, l'assurée bénéficiait d'un suivi par un psychologue à l'Association E._____ à une fréquence d'1x/mois et elle bénéficiait d'un traitement antidépresseur à des doses incompatibles avec la gravité du diagnostic.

Selon la CIM-10, l'épisode dépressif sévère repose sur la présence des 3 symptômes typiques suivants: humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associés à au moins 4 et de préférence 5 autres symptômes dépressifs suivants: une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, des idées ou actes auto-agressifs ou

suicidaires, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, une perturbation du sommeil et une diminution de l'appétit; plusieurs de ces symptômes doivent être sévères, ce qui n'est pas le cas de notre assurée, car les critères cliniques ne sont pas réunis.

Par ailleurs, dans la 1^{ère} demande AI du 03.05.2006, aucune pathologie psychiatrique aiguë n'a été décrite.

Quoi qu'il en soit, à l'examen clinique au SMR, la symptomatologie anxiodépressive est en rémission complète.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de modification durable de la personnalité, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques, ni de perturbation de l'environnement psychosocial qui est inchangé.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, qui ne représente pas une maladie psychiatrique chronique à caractère incapacitant.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant nous n'avons par retenu ce diagnostic.

L'assurée est démonstrative et dans un discours flou, incomplet et contradictoire, elle met en avant ses plaintes somatiques, sans aucun signe de souffrance objectivable et sans attirer notre empathie. Elle consulte peu son médecin traitant, n'a aucune prise en charge rhumatologique et son fonctionnement social est inchangé. Par conséquent, les critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un tel diagnostic ne sont pas réunis.

Le diagnostic de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie ne représente pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant et n'a aucune incidence sur la capacité de travail. Il est possible que l'assurée ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle qui actuellement est en rémission complète.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, notre assurée ne souffre d'aucune pathologie chronique à caractère incapacitant de longue durée et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

Les limitations fonctionnelles

Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque,

pas de rotation rapide de la tête, pas d'attitude prolongée de la tête en flexion ou en extension.

Membre supérieur D: pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule D à plus de 60°. Pas de lever de charges avec le membre supérieur D de plus de 8 kg.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de limitation fonctionnelle à caractère incapacitant.

Les difficultés financières, les difficultés linguistiques, l'absence de formation professionnelle et le manque de motivation, ne font pas partie du domaine médical.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Il y a une incapacité de travail complète dans l'activité de nettoyeuse depuis le 04.09.2006. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète.

Sur le plan purement psychiatrique, nous n'avons aucun argument clinique qui puisse justifier l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant dans le rapport médical du 03.09.2007.

Il est possible que l'assurée ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle qui actuellement est en rémission complète.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Depuis le 04.09.2006, la capacité de travail est restée nulle dans l'activité de nettoyeuse, alors qu'elle est complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail.

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations pluridisciplinaires effectuées lors de l'examen SMR Suisse romande du 21.01.2009, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse et qu'elle est complète dans une activité adaptée.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 0% COMME NETTOYEUSE.
DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE: 100% DEPUIS LE: 04.09.2006"

Dans un rapport médical SMR du 26 février 2009, le Dr K._____ a retenu que, sur le plan psychiatrique, l'assurée, ne souffrant d'aucune atteinte à la santé psychique chronique à caractère incapacitant de longue durée, la capacité de travail exigible était de 100% dans toute

activité. En revanche, en raison des atteintes ostéo-articulaires, l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de nettoyeuse depuis le mois de septembre 2006; dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par ces mêmes atteintes, la capacité de travail était totale, tant d'un point de vue somatique que psychiatrique.

Faisant suite à une correspondance de l'assurée du 29 avril 2009, qui se déclare ne pas être en mesure de travailler, l'OAI a mis un terme à l'aide au placement le 11 juin 2009.

Par projet de décision du 12 juin 2009, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. Sa motivation était pour l'essentiel la suivante:

"Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de manutentionnaire pour D. _____ SA jusqu'au 5 mars 2007.

Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

Vous avez notamment été convoquée par le Service médical régional en date du 21 janvier 2009 en vue d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique du fait que les renseignements médicaux en notre possession n'étaient pas suffisants.

Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous présentez une incapacité de travail et de gain entière dans votre activité habituelle. Toutefois, vous présentez une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, lesquelles sont les suivantes: rachis: nécessité de pouvoir alterner 2x par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges de poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas d'attitude prolongée de la tête en flexion ou en extension; membre supérieur droit: pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule droite à plus de 60°; pas de lever de charges avec le membre supérieur droit de plus de 8kg."

Sur la base de cette capacité résiduelle de travail, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus, au terme de laquelle il a retenu un taux d'invalidité de 14,99% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente

d'invalidité. D'une communication interne de l'OAI du 5 mars 2009, il ressort que le salaire sans invalidité a été déterminé sur la base d'un salaire horaire de 21 fr. 69, multiplié par 43 heures hebdomadaires sur 13 mois, ce qui conduit à un salaire annuel de 52'500 fr. Toutefois, pour être plus réaliste, le collaborateur de l'OAI a retenu un salaire de 51'082 fr., issu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2007. Quant au revenu d'invalidité, également issu de l'ESS, il a été obtenu en tenant compte d'une réduction de 15% sur ce même salaire, soit un revenu annuel de 43'419 fr. 81.

L'OAI a dès lors procédé à une approche théorique de la perte de gain, en ayant recours aux statistiques salariales. En comparant les gain mentionnés ci-dessus, il en découle une perte de gain de 7'662 fr. 20, soit un degré d'invalidité de 14.99%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Le 13 juillet 2009, l'assurée a contesté le préavis du 12 juin 2009, que l'OAI a cependant confirmé par décision du 9 novembre 2009, dont la motivation est identique à son projet. La décision était accompagnée d'une lettre datée du même jour prenant position sur les objections de l'assurée.

C. Par acte du 11 décembre 2009, l'assurée a recouru contre cette décision, en concluant à son annulation et à ce qu'une rente d'invalidité lui soit servie. Elle a en outre sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire. Elle soutient être atteinte d'un trouble somatoforme douloureux à caractère invalidant, dès lors que seraient réalisés dans son cas les critères posés par la jurisprudence en la matière: son état de santé ne s'améliore pas depuis plusieurs années; les rapports de ses médecins traitants mettent en exergue une désocialisation de sa part; l'atteinte psychique va en empirant et les différents traitements qu'elle suit ne sont pas couronnés de succès, spécialement sur les plans psychiatrique et neurologique, à ses yeux déterminants. Ainsi, concrètement, au plan psychiatrique, ses médecins font état d'un trouble somatoforme douloureux persistant, d'une majoration des symptômes physiques pour

des raisons psychologiques et de personnalité sensitive. Selon eux, ces troubles sont graves et ils influent de manière négative sa capacité de travail résiduelle. Elle estime enfin que la comparaison des revenus hypothétiques déterminants, à la date de l'ouverture du droit éventuel à une rente, conduit à un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité. Outre des pièces médicales figurant déjà au dossier administratif de l'OAI, elle a produit divers documents médicaux établis au Kosovo en juillet 2009 concernant des examens orthopédiques consécutifs à un accident.

L'assurée s'est acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

Le 18 février 2010, l'OAI a fait savoir qu'il n'avait rien à ajouter à sa décision du 9 novembre 2009, ainsi qu'à sa lettre d'accompagnement, qu'il ne pouvait dès lors que confirmer. Il a en conséquence proposé le rejet du recours.

A l'appui de son écriture du 1^{er} novembre 2010, l'assurée a produit un rapport IRM du genou droit du 30 septembre 2009, réalisé au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle de l'Hôpital N._____. Une rupture du ligament croisé antérieur était suspectée. En guise de conclusion, ce rapport énonce une "triade malheureuse avec déchirure en plein corps du ligament croisé antérieur, déchirure du ménisque interne et du ligament latéral interne. Contusion médullaire osseuse postéro-externe sous le muscle poplité avec déchirure profonde de ce dernier mais sans discontinuité musculaire ou tendineuse". La recourante a également produit un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 17 septembre 2010, dont il ressort un bombement discal circonférentiel C4-C5, discrètement prédominant à droite et essentiellement visible sur les séquences sagittales. Il n'y a pas de rétrécissement foraminaux, ni de compression canalaire. Le bombement discal visualisé à l'IRM du 29 mars 2007 était au niveau supérieur, en C3-C4. Ce rapport conclut à l'existence d'un bombement discal C4-C5, sans conflit disco-radicaire.

Le 30 novembre 2010, l'OAI a fait savoir que le rapport d'IRM du genou droit réalisée le 30 septembre 2009 à la suite d'un accident survenu au mois de juillet précédent, faisait état notamment d'une déchirure du ligament croisé antérieur. Ainsi, même si cet événement était survenu avant la décision attaquée, les effets concernant l'éventuel droit à une rente étaient quant à eux clairement postérieurs à la date déterminante (9 novembre 2009). Quant au rapport d'IRM de la colonne cervicale du 17 septembre 2010, il fait état d'un bombement discal C4-C5, sans conflit disco-radulaire. Cet élément est également à l'évidence postérieur à la décision contestée. L'OAI a dès lors confirmé intégralement ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c

LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) par B. _____ contre la décision rendue le 9 novembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 c. 1b; 116 V 246 c. 1a et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 c. 2.4 et 9C_397/2007 du 14 mai 2008 c. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 c. 1b; 117 V 287 c. 4 et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 c. 2.4 et 9C_397/2007 du 14 mai 2008 c. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 et les arrêts cités; TF 9C_449/2007 du 28 juillet 2008 c. 2.2).

En l'occurrence, le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité doit donc être examiné pour la période courant jusqu'au 9 novembre 2009 (date de la décision litigieuse).

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 3c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2).

4. Dans son recours, la recourante se limite pour l'essentiel à soutenir que les conditions posées par la jurisprudence pour admettre l'existence d'un trouble somatoforme persistant ayant valeur invalidante sont réunies dans son cas. Il n'en demeure pas moins qu'elle produit des pièces attestant d'atteintes à la santé sur le plan somatique. Il convient dès lors d'examiner ces deux aspects.

a) Sur le plan psychiatrique, la recourante affirme en substance présenter un trouble somatoforme douloureux persistant, lequel influencerait de manière négative sur sa capacité de travail résiduelle. Elle ne produit toutefois aucun rapport médical susceptible d'étayer ses allégations. Dans sa demande de prestations AI du 14 août 2007, l'assurée

ne mentionne par ailleurs aucune atteinte psychique. Le rapport de la Dresse C. _____ et du Dr V. _____ du 3 septembre 2007 ne retient pas l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. En revanche, un état dépressif avec épisode sévère en septembre 2005 ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique sont retenus. Ce rapport indique que la patiente présente une péjoration de son état dépressif avec idées suicidaires en septembre 2005, ce qui a conduit à un suivi régulier par une psychologue de l'Association E. _____. Pour autant, un traitement psychiatrique n'est nullement préconisé et la recourante a pu travailler dès le 20 février 2006, malgré un état dépressif qualifié de récurrent par ces mêmes praticiens. Le status psychiatrique découlant de ce rapport est cependant très sommaire. De son côté, le rapport d'examen du SMR du 29 janvier 2009 souligne que l'assurée bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire régulière auprès d'une psychologue de l'Association E. _____, l'assurée ne décrivant aucune aggravation ni les raisons de cette prise en charge, qu'elle a cessé 4 ou 5 mois auparavant. Ce rapport réfute de manière convaincante les diagnostics d'état de stress post-traumatique, d'état dépressif grave et de syndrome douloureux somatoforme persistant. C'est ainsi que l'examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de modification durable de la personnalité, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques, ni de perturbation de l'environnement psychosocial, lequel est demeuré inchangé. Aucun trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ne sont objectivés. L'assurée ne présente pas d'adynamie, d'anhédonie, de repli sur soi avec retrait social, de perte de l'élan vital, de sentiment de culpabilité, de persécution ou de dévalorisation. Elle ne verbalise pas d'idée suicidaire et n'a jamais fait de tentative de suicide. Elle ne présente pas d'angoisse persistante ni d'attaque de panique. Elle ne présente pas non plus de phobie sociale. La symptomatologie anxiodépressive est en rémission complète. Tout en retenant l'existence de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, les auteurs du rapport considèrent que ce diagnostic ne représente

pas une maladie psychiatrique chronique à caractère incapacitant. Ils concluent dès lors de leur examen que l'assurée ne souffre d'aucune pathologie chronique sur le plan psychiatrique à caractère incapacitant de longue durée, de sorte que la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

Il suit de là que l'argumentation de la recourante relative aux critères permettant de constater une incapacité de travail lorsque le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est posé ne peut être suivi puisque le rapport du SMR nie de manière convaincante l'existence d'une telle atteinte.

b) Si la recourante n'allègue pas d'atteinte à la santé physique dans son recours, elle produit néanmoins des pièces qui établissent l'existence d'atteintes à la santé de nature somatique, lesquelles résultent par ailleurs des rapports médicaux recueillis par l'office intimé. Dans leur rapport du 3 septembre 2007 adressé à l'OAI, les Drs V._____ et C._____ ont notamment posé les diagnostics de lombosciatalgies récurrentes gauches avec status post hernie discale L3-L4, cervico-céphalalgies post-traumatiques, scapulalgies et brachialgies droites. Ils considèrent que l'état de santé de l'assurée s'aggrave et que sa capacité de travail est nulle dans toute activité. Ils ne s'expliquent pourtant pas la persistance de la symptomatologie douloureuse déclenchée par l'accident dont l'assurée a été victime en septembre 2002, mais concèdent qu'il est probable que le contexte psychologique de la patiente ait influencé de manière défavorable cette symptomatologie douloureuse. Les diagnostics affectant la capacité de travail de la recourante retenus par les médecins du SMR sont superposables à ceux posés par les Drs V._____ et C._____. Le rapport du SMR mentionne que l'assurée se plaint essentiellement de lombosciatalgies gauches, de douleurs cervicales s'accompagnant de douleurs à l'épaule droite et de douleurs du bras droit irradiant jusqu'au coude. De discrets troubles statiques du rachis sont notés et la mobilité, tant lombaire que cervicale, est diminuée. La mobilité active de l'épaule droite est discrètement limitée. Il n'y a cependant pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique; le status

neurologique est sans problèmes et le nombre de points typiques (6 sur 18) de la fibromyalgie ne permet pas de retenir ce diagnostic. Les radiographies des épaules sont normales même si les examens radiologiques mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C3-C4 qui ne s'accompagnent toutefois pas de conflit disco-radicaire. Au regard des examens effectués, les médecins du SMR retiennent des limitations fonctionnelles qui ne sont pas compatibles avec l'exercice d'une activité de nettoyeuse. En revanche, le respect strict des limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire autorise une capacité de travail complète dans une activité adaptée.

c) La recourante a produit des pièces médicales dont certaines ont déjà été dûment prises en considération par le SMR. Elles ne sauraient donc en infirmer les conclusions. Quant au rapport d'IRM cervicale du 17 septembre 2010, au demeurant postérieur à la décision entreprise, il conclut à un bombement discal C4-C5, sans conflit disco-radicaire, bombement discal qui était au niveau supérieur, en C3-C4 à l'IRM du 29 mars 2007, sans conflit disco-radicaire. Il n'y a ainsi pas d'élément médical qui n'aurait pas été pris en compte, d'autant que les médecins du SMR avaient diagnostiqué des troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec hernie discale en C3-C4. La recourante a également produit des pièces médicales concernant les conséquences d'un accident survenu durant le courant du mois de juillet 2009 (rapports d'examens orthopédiques établis au Kosovo et IRM du genou droit du 30 septembre 2009). Or, comme on le verra ci-après (cf. consid. 6 infra), les suites de cet accident sont sans influence sur le droit à la rente pour la période entrant en considération.

d) Au terme d'une appréciation de la situation médicale, la cour de céans fait siennes les conclusions de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique, consignées dans le rapport du 29 janvier 2009 des médecins du SMR. Fruit d'une analyse consciencieuse des pièces médicales au dossier, ce rapport procède à des examens complets et motive de manière convaincante les conclusions auxquelles parviennent

ses auteurs. Dépourvu de contradictions et se fondant sur une description claire de la situation médicale, il revêt une entière valeur probante au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. consid. 3b supra). Il y a ainsi lieu de retenir que la recourante a présenté une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles jusqu'au mois de juillet 2009. Ces limitations sont les suivantes: "rachis: nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas d'attitude prolongée de la tête en flexion ou en extension. Membre supérieur D: pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule D à plus de 60°. Pas de lever de charges avec le membre supérieur D de plus de 8 kg."

5. Sur le plan économique, la recourante se borne à alléguer que la comparaison des revenus hypothétiques déterminants à la date de l'ouverture du droit éventuel à une rente conduit à un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente entière. Elle n'expose pourtant pas en quoi le calcul opéré par l'OAI dans la décision dont est recours serait erroné. Vérifié d'office, le calcul effectué par l'OAI n'est infirmé par aucune pièce, de sorte qu'il doit être confirmé. Le taux d'abattement de 15% n'apparaît au surplus pas critiquable. Il s'ensuit que le taux d'invalidité de la recourante doit être fixé à 15%. Un tel taux, inférieur à 40%, n'ouvre pas le droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI).

6. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit un délai de carence d'une année. Ce délai n'est pas rempli lorsque l'assuré dispose, en moyenne, d'une capacité de travail résiduelle supérieure à 40% dans une activité adaptée raisonnablement exigible (cf. art. 6, 2^{ème} phrase, LPGA), du moins lorsqu'on peut déduire de cette capacité de travail une capacité résiduelle de gain excluant un taux d'invalidité égal ou supérieur à 40%.

b) En l'espèce, plusieurs rapports médicaux produits par la recourante attestent d'une lésion ligamentaire à la suite d'un accident subi

au mois de juillet 2009. Quelle que soit l'incapacité de travail résultant de cette lésion, l'incapacité de travail moyenne subie par l'assurée jusqu'à la date de la décision litigieuse du 9 novembre 2009 est restée inférieure à 40%. Partant, elle ne modifie pas le droit à la rente pour la période entrant en considération dans la présente procédure (cf. supra consid. 2b in fine). Il appartiendra toutefois à l'office intimé de reprendre l'examen du droit pour la période postérieure, les pièces produites et communiquées dans la présente procédure pouvant être considérées comme une nouvelle demande (art. 87 al. 4 RAI).

7. En définitive, faute d'élément médical et économique permettant de remettre en cause l'appréciation de l'OAI, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision querellée.

8. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

b) Selon l'art. 18 al. 1 LPA-VD, l'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure:

- dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille;
- dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés.

c) La recourante a déposé une demande d'assistance judiciaire. Elle s'est néanmoins acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée. Elle n'était par ailleurs pas assistée d'un avocat. On

peut donc se demander si la demande d'assistance judiciaire n'est pas sans objet. Quoi qu'il en soit, les conditions posées à l'octroi de l'assistance judiciaire ne sont pas réunies, tant sous l'angle financier - au regard du paiement effectué par la recourante - que des chances de succès du recours, compte tenu, en particulier, de la motivation présentée à l'appui du recours. Il s'ensuit que les frais seront mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 9 novembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. La demande d'assistance judiciaire est rejetée dans la mesure où elle n'est pas sans objet.
- IV. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais, qu'elle a effectuée.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Mme B. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :